

口腔科

第一节 冠周炎

概述

冠周炎是牙齿萌出过程中所引起的一种并发症，主要表现为牙冠周围软组织的炎症。临床上多见下颌第三磨牙〔俗称智齿〕。其次上颌第三磨牙亦可发生。本病多发生于 18~30 岁之间。

病因病理病机

第三磨牙萌出困难是引起冠周炎的主要原因。这种原因的产生是由于磨牙萌出位置不符，这与人类种系发生和演变过程中，由于食物、生活习惯与咀嚼力的变化，逐渐产生下颌骨的退化有关。

磨牙阻生的类型对冠周炎的发生也有一定的影响。临床上以局部萌出的垂直陌生和近中倾斜阻生最多，也最常引起冠周炎。萌出不全的牙冠位置大多低于第二磨牙咬平面，其远中和颊、舌侧常有龈瓣覆盖，龈瓣与牙冠之间形成深而窄的盲袋，它自洁作用差，易藏食物残渣，它的温度及湿度是细菌生长繁殖的良好条件。正常情况下，人体抵抗力强，细菌不能得逞。但当人体在感冒，睡眠缺乏、疲劳等情况使人体低抗力下降，此时细菌繁殖引起感染。

咬及咀嚼时对龈瓣的机械损伤，使粘膜发生溃烂，破坏了组织的防御功能，使细菌乘机而入，也可引起冠周炎。

临床表现

冠周炎初期只是牙龈疼痛红肿，在咀嚼及吞咽时加重，可出现 *口疼痛加重，当感染涉及嚼肌及翼内肌时可出现牙关紧闭。局部可出现肿胀，淋巴结可增大及压痛。此时可出现全身病症，如全身不适、发烧及白细胞增高。

发病2~3天如疼痛不止，发烧不退，可考虑炎症开展到化脓期。如此期及时切开引流，炎症则逐渐消退。如此期感染不予控制，则炎症扩散，感染可向嚼肌、颊部、咽旁、下颌等扩散引起相应间隙的间隙感染。并可进一步引起各种严重的并发症。

治疗

根据临床检查有第三磨牙，可拍 *线牙片证实，以临床表现，不难作出诊断。有时反覆感染，在口腔前庭下颌第一磨牙龈颊沟处有一瘻管，这是急性炎症时骨膜下脓肿向阻力薄弱的嚼肌前缘侵犯所致。此时应注意，不要误诊为下颌第一磨牙的感染。

冠周炎的治疗早期应控制局部的细菌感染，局部处理很重要，可用 3%过氧化氢或 1:5000 高锰酸钾液冲洗龈袋，再涂入碘甘油或碘酚。可给患者含漱剂，每日数次漱口。保持口腔卫生。另外给予抗生素治疗，因其常见致病菌为金黄色葡萄球菌，应使用抗金黄色葡萄球菌抗生素。

如脓肿局限，应在局麻下切开引流。

消炎后，要拔除病原牙。如有长期不愈的瘻管，须在拔牙同时刮除瘻管内的肉芽组织。如果磨牙位置正常，又有对牙，可切除龈瓣，消灭盲袋。不过有时这种方法效果不佳，对于复发的患者，仍需拔除患牙。

第二节 化脓性腮腺炎

这是一种源于口腔的上行性感染，通常由可累及腮腺管口的金黄色葡萄球菌所致。

典型的感染发生于因进食少或因服用抗胆碱能类药物而口腔干燥的老年人或慢性病人，以及全麻后的病人。见有发热，寒战和单侧腮腺疼痛和肿胀；腮腺坚硬且有触痛，其上方皮肤出现红斑和水肿。压迫腮腺使脓液从腮腺管流出，涂片后往往可见成堆的革兰氏阳性球菌。

金黄色葡萄球菌感染的治疗，假设致病菌为耐甲氧苯青霉素菌株，则选用耐青霉素酶青霉素或万古霉素；假设由其他细菌引起，则抗生素的选择取决于革兰氏染色和培养的结果。补充液体和口腔卫生很重要。假设不能引流或抗生素治疗无效，则可能需手术治疗。

牙周病

牙周疾病是常见的口腔疾病，是引起成年人牙齿丧失的主要原因之一，也是危害人类牙齿和全身安康的主要口腔疾病。但以往人们错误的认为只有到老年才会受到牙周病的困扰，其实从 5 岁开场，牙周病就开场“腐蚀”我们的安康了。

牙周病的定义

牙周病〔periodontal disease〕是指发生在牙支持组织〔牙周组织〕的疾病，包括仅累及牙龈组织的牙龈病〔gingival disease〕和涉及深层牙周组织〔牙周膜、牙槽骨、牙骨质〕的牙周炎〔periodontitis〕两大类。

为什么会得牙周病

牙周病是多因素疾病，其病因传统分为局部因素和全身因素。局部因素中牙菌斑〔dental plaque〕细菌及其产物是牙周病最主要的病因，是引发牙周病不可少的始动因子。主要是口腔卫生不良，微生物的作用，牙结石刺激，特别是齿龈下牙石危害性最大。全身因素与营养代谢障碍、内分泌紊乱、植物神经功能紊乱等有关。此外，创伤、不良修复体的刺激，也是病因之一。

得了牙周病有哪些表现

主要病症是牙龈红肿、出血、牙龈溢脓、牙齿松动，咀嚼无力，食欲减退。

牙周病的防治与护理

同龋齿的护理一样，关键是控制和消除牙菌斑，目前最有效的方法是每天坚持正确刷牙，按摩牙龈，促进牙龈血液循环，增强牙龈组织的抗病能力。注意锻炼身体，增强机体免疫力。

除去局部刺激因素、清洁牙齿和刮除牙周的牙石、牙垢、矫正不良修复体及矫治食物嵌塞，根本可治愈。

补充含有丰富维生素 C 的食品，可调节牙周组织的营养，有利于牙周炎的康复。

牙周病发病后应积极治疗，初期疗效尚好，病变很易阻止，晚期疗效较差，以致可丧失牙齿。

牙周病的病因

病因：

牙周病的病因比拟复杂，总的分为局部和全身两方面的因素。局部因

素具有相当重要的作用，全身因素可影响牙周组织对局部刺激的反响，两者之间有密切关系。

局部因素：

1. 菌斑是指粘附于牙齿外表的微生物群，不能用漱口、水冲洗等去除。

现已公认，菌斑是牙周病的始动因子，是引起牙周病的主要致病因素。

2. 牙石是沉积在牙面上的矿化的菌斑。牙石又根据其沉积部位和性质分为龈上牙石和龈下牙石两种。龈上牙石位于龈缘以上的牙面上，肉眼可直接看到。在牙颈部沉积较多，特别在大涎腺导管开口相对处如上颌磨牙的颊侧和下颌前牙的舌侧沉积更多。龈下牙石位于龈缘以下、龈袋或牙周袋内的根面上，肉眼不能直视，必须用探针探查，方能知其沉积部位和沉积量。龈下牙石在任何牙上都可形成，但以邻面和舌面较多。

龈上牙石中无机盐的主要来源是唾液中的钙、磷等矿物盐。龈下牙石主要是龈沟液和渗出物提供矿物盐。

牙石对牙周组织的危害，主要是它构成了菌斑附着和细菌滋生的良好环境。牙石本身阻碍了口腔卫生的维护，从而更加速了菌斑的形成，对牙龈组织形成刺激。

3. 创伤性咬合在咬合时，假设咬合力过大或方向异常，超越了牙周组织所能承受的合力，致使牙周组织发生损伤的咬合，称为创伤性咬合。创伤性咬合包括咬合时的早接触、牙合干扰、夜间磨牙等。

4. 其他包括食物嵌塞、不良修复物、口呼吸等因素也促使牙周组织的炎症过程。

全身因素：

牙周病的发生，局部因素是主要的。全身因素在牙周病的开展中属于促进因子，全身因素可以降低或改变牙周组织对外来刺激的抵抗力，使之易于患病，并可促进龈炎和牙周炎的开展。

全身因素包括有：内分泌失调、如性激素、肾上腺皮质激素、甲状腺素等的分泌量异常。饮食和营养方面可有维生素 C 的缺乏、维生素 D 和钙、磷的缺乏或不平衡、营养不良等。血液病与牙周组织的关系极为密切，白血病患者常出现牙龈肿胀、溃疡、出血等。血友病可发生牙龈自发性出血等。*些药物的长期服用如苯妥英钠可使牙龈发生纤维性增生； *些类型的牙周病如青少年牙周炎患者往往有家族史，因而考虑有遗传因素。总之，牙周病的病因比拟复杂，在治疗时不仅要注意局部因素的消除，也要考虑到全身的状态，以便获得较好的治疗效果。

牙周病的治疗需要很久吗

治疗牙周病，必需先对牙周组织的状况及破坏程度先作一番了解与评估，通常是藉由全口牙根尖 *光片及牙周囊袋深度测量来达成，评估完后才能拟定治疗方案，通常牙周病的治疗分三期：

治疗初期：

将口腔内所有脏东西尽量去除，包括病人本身口腔卫生清洁的完全配合，包括牙刷及牙线等，清洁工具的正确使用。而后以全口超音波洗牙，牙周囊袋深部结石的刮除及牙根整平术，去除不良膺复物、咬合干扰等。

手术期：

比拟严重的患部，尤其牙周囊袋较深之处，需做牙周翻瓣术，方能彻底将结石及病变组织去除。牙周手术是一种局部而又平安的手术，在牙科

门诊即可施行。局部麻醉下，将牙龈稍微翻开，牙周深部的结石、肉牙组织彻底去除，假设有骨损失，可配合放置「牙周再生膜」及「人工骨粉」使破坏的骨组织再生，到达积极重建牙周组织的目的。

维持期：

再经历上述的治疗后，通常花了三个月至半年的时间，投注了这么多的时间与心力于其上，维持成果是极其重要的。除了要永久不连续地做口腔清洁外，应依医师指示，定期回诊检查，以充分掌握牙周及口腔情况。

牙周病的中医治疗

牙周病是口腔中最常见的疾病，成年人中患病率高达 90%，牙周病给人造成极大的痛苦，损害安康，影响生命质量。现代医学证明，患牙周病后，轻者牙龈发炎、出血，疼痛，口臭，重者牙周组织被破坏，使牙齿与牙龈别离，导致牙齿松动移位，牙齿酸软，咀嚼无力，甚至脱落，而且，还可以诱发许多疾病，如风湿、抑郁症、心脏病、血液病等。因此，牙周病的防治值得重视乙、祖国医学认为，按脏腑辨证，牙齿属于肾的范畴。 "素问阴阳应象大论"说：“肾生骨髓……在体为骨，在脏为肾”，“齿为骨之余”。 "素问六节脏象论"说：‘肾者主势，封藏之本，精之处也，’ “肾藏精”是肾的主要生理功能。 "素问：上古天真论"说：“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之’ ’。肾藏精，精化为气，通过三焦，布散全身。故肾气的主要生理功能是促进机体的生长、发育和生殖，以及调节人体的代谢，免疫和生理功能活动。

生物吸收治疗法：牙周病目前已经有一种生物产品可以起到明显的效果，名称为牙齿黄金〔生物科技产品〕此产品的特点就是以一种口含时令

口腔直接吸收的形式，让牙龈能直接吸收到营养，而不是通过消化系统吸收，来吸收掉各种牙痛和炎症，可让萎缩的牙龈再生膨胀重新包紧松动的牙齿。这个产品属于野生植物提炼萃取的天然产品，纯属中药产品，无色异味，也是目前所知唯一有效让牙龈吸收营养的植物产品。还有消炎止痛等治疗效果。但由于其产品原料均来自天然植物，所以注定属于稀缺资源和产量有限的产品。目前市场上也比拟难买到。

机体的齿、骨、发的生长状态是观察肾中精气的外在表现，是判断机体生长发育状况、衰老程度和疾病的客观标志。牙周病迁延难愈、牙齿松动的根源在于肾虚髓亏、长期积累以致牙周免疫防线失效，牙龈萎缩，骨质流失。因此，牙齿与肾的关系非常密切。牙齿的安康与病态反映了肾的安康与病态。故，按中医辨证，牙周病当从肾论治。

牙龈发炎、出血、红肿、热、痛及口臭；均为肾阴虚，炽热毒邪外侵所致或二者兼而有之，“不荣则痛，不通则痛，故治疗当以补肾阴为主，兼以野菊花、牡丹皮清热解毒之品，合鸡血藤、丹参等活血补血。牙齿松动移位，牙齿酸软，咀嚼无力，齿龈别离甚至脱落均属肾精缺乏之象。肾藏精，主骨生髓，齿为骨之余，肾精充盛，则骨健齿坚；肾精亏虚，则骨枯齿松，故可见牙齿松动、酸软、无力甚至脱落。治疗当以补肾添精为主，药用熟地黄、紫河车、骨碎补、枸杞子之类。通过补肾益髓、活血解毒之法可以疏通牙周微循环、增强机体免疫力，增加骨质密度（促进牙齿钙化），恢复牙周组织和牙槽骨生理机能，最终到达固齿保龈的目的。

综上所述，牙周病中医辨证属肾虚范畴，以补肾固齿、活血解毒论治。

牙周病的饮食营养预防与治疗

牙周病多为不注意口腔卫生和饮食卫生造成的。

牙周病是发生在牙龈、牙周韧带、牙骨质和牙床部位的慢性破坏性疾病，是口腔内科的常见病、多发病。牙龈发生炎症和水肿，牙周袋（牙齿与牙齶别离似一只袋）形成，牙齿松动，咀嚼功能下降，最终造成牙齿脱落，就是牙周病。

营养影响

1、矿物质。钙、磷缺乏，或钙磷比例不平衡，增多可引起牙槽骨质疏松，或使正在矿化的骨质停顿矿化。

2、维生素。维生素 D 缺乏，可引起牙槽骨骨质疏松，牙周韧带纤维松弛，甚至消失，有牙齿松动、牙龈出血等病症。

3、蛋白质。营养不良可使牙周疾病严重，如供应含高蛋白质饮食后，可使临床病症减轻，使得龈沟变浅，炎症消退，牙齿松动程度变轻。

4、此病还与患者的饮食习惯有关，比方过多食用软性食物，使牙齿和牙龈缺乏磨练时机，使牙龈充血，骨质软且易出血，也可出现疼痛。酗酒过度常会引起此病，吸烟者易发生牙周炎和牙齿脱落，还有吃粗纤维及肉类食物时常嵌塞，或常用一侧咀嚼也易造成牙齿损伤。

营养预防

牙周病应早防早治，预防方面就是要注意口腔卫生，合理调节营养，养成良好的饮食习惯。要加强营养，增强人体机能的抗病能力。平时可经常食用粗纤维食品，充分咀嚼，刺激血液分泌，冲刷污物，发挥按摩作用，强健牙周组织。食物不宜过于精细松软，要养成双侧咀嚼习惯。另外，要积极治疗一些原发病，像糖尿病易引起牙周病。

营养治疗

1、高蛋白饮食。补充丰富的高蛋白饮食，可以增强机体抵抗力及抗炎能力，提供损伤组织修复所必需的原料。

2、足量维生素。供应多种维生素，尤其是 B 族维生素、维生素 C、维生素 D、维生素 E 和叶酸等。B 族维生素有助于消化，能保护口腔组织；维生素 C 可促进牙龈出血复原。

3、补充矿物质。要特别注意矿物质的摄入，尤其是钙、磷、锌的摄入量及其比例关系。锌可以抗感染，增强愈合。

4、具体饮食。少食油炸煎熬油腻食品以及糟货、海货、大蒜、韭菜、烟酒等刺激性食品，多食含有丰富蛋白质的食品，如豆制品、鸡蛋、牛奶、绿豆、麦片、米仁和新鲜蔬菜和瓜果等，时常吃些肉食和全谷物，少吃糖和精制糖，因为糖类导致菌斑形成并阻止白细胞消灭细菌。

营养食谱

石膏粳米汤

[用料] 生石膏 60 克，粳米 60 克，水 3 大碗。

[制作] 将生石膏、粳米入锅中加 3 大碗水煮至米熟烂，煮至汁剩约 2 碗时即可趁热食用。

[成效] 清热泻火消炎。

牙周病的五字保健法

牙周病患者可采取五字保健法，效果较好。

1、赶。

每次就餐后，刷牙之前，把洗净的食指伸进口腔，顺牙的方向把积存

在牙周围的残留物“赶”出来，还起到按摩牙床的作用。

2、提。

经过推赶后，再用牙刷顺牙齿方向从牙缝中刷去剩余的残渣。

3、漱。

将留在口中及牙齿上的残留物漱掉，可用2～5%食盐水。

4、按。

经过上面几步骤后，在用食指、拇指轻轻按摩牙龈10～15次，从上到下逐个按摩，以改善病变组织的血液循环，有利于炎症的迅速消除。

5、嗑。

上下嗑叩牙齿10～15次，以运动牙根部，起到固齿作用。长期坚持，能使牙周病得到控制，未患病的牙齿得到保护。

牙周病是卒中的危险因素

正在北曼哈顿进展卒中研究的研究人员已经证实牙周病与颈动脉斑块增厚之间的相关性。牙周病是位于牙齿下面牙槽骨的一种常见慢性轻度感染，这种病的发生率很高，在60-64岁的成年人中有20%的人患此病。

以前的研究已说明，牙周病与卒中和心肌梗死的发生有关。现在他们的报道显示牙周病与颈动脉斑块增厚之间具有相关性。颈动脉斑块增厚是动脉粥样硬化的一个测定指标，说明两种疾病之间的相关性机制实际上是一种对动脉粥样硬化的影响。

研究发现，吸烟对进一步证实牙周病与颈动脉斑块增厚之间的联系是一个重要的混淆因素。但研究者认为，牙周病对颈动脉粥样硬化和缺血性卒中来说可能是一种可缓和的危险因素。上述研究结果是很初步的，还缺

乏以提出切实可行的建议。

口腔念珠菌病

【概述】

口腔念珠菌病〔oral candidiasis〕是真菌——念珠菌属感染所引起的口腔粘膜疾病。近年来，由于抗生素和免疫抑制剂在临床上的广泛应用，发生菌群失调或免疫力降低，而使内脏、皮肤、粘膜被真菌感染者日益增多，口腔粘膜念珠菌病的发生率也相应增高。Gruby〔1842〕从口疮患者的病变处别离出酵母样菌；Berkhont〔1923〕确认此种菌属于隐球菌科的念珠菌、高里念珠菌、假热带念珠菌。其中白色念珠菌是最主要的病原菌。鹅口疮〔雪口病〕是最常见的口腔念珠菌病。

【诊断】

白色念珠菌病的实验室诊断方法，目前认为最可靠的是在玉米培养基上形成厚壁孢子，而最简单的方法是标本直接镜检。

口腔科医生常采取口腔粘膜的假膜、脱落上皮、痂壳等标本，置于载玻片上，滴加10%氢氧化钾液数滴，覆以盖玻片，用微火加热以溶解角质，然后立即进展镜检，如发现假菌丝或芽胞，就可确认为真菌感染，但还必须通过培养，才能确诊为白色念珠菌。

急性假膜型念珠菌口炎，应与急性球菌性口炎〔膜性口炎〕鉴别。膜性口炎是由金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌等球菌感染引起，儿童和老年人易罹患，可发生于口腔粘膜任何部位，患区充血水肿明显，大量纤维蛋白原从血管内渗出，凝结成灰白色或灰黄色假膜，外表光滑致

密，略高出于粘膜面。假膜易被拭去，遗留糜烂面而有渗血。区域淋巴结肿大，可伴有全身反响。涂片检查或细菌培养可确定主要的病原菌。

【治疗措施】

口腔念珠菌病以局部治疗为主，但严重病例及慢性念珠菌感染常需辅以全身治疗才能奏效。

1. 局部药物治疗

〔1〕 2%~4%碳酸氢钠〔小苏打〕溶液：本药系治疗婴幼儿鹅口疮的常用药物。用于哺乳前后洗涤口腔，以消除能分解产酸的残留凝乳或糖类，使口腔成为碱性环境，可阻止白色念珠菌的生长和繁殖。轻症患者不用其它药物，病变在2~3天内即可消失，但仍需继续用药数日，以预防复发。也可用本药在哺乳前后洗净乳头，以免穿插感染或重复感染。

〔2〕 龙胆紫水溶液：龙胆紫液在1:10万的浓度时，仍能抑制念珠菌的生长。口腔粘膜以用1/2000〔0.05%〕浓度为宜，每日涂搽3次，以治疗婴幼儿鹅口疮和口角炎。但药物染色后，不宜观察损害的变化。市售1%龙胆紫醇溶液，因刺激性大，不宜直接用于婴幼儿口腔粘膜，但可用于皮肤病损。

〔3〕 洗必泰：洗必泰有抗真菌作用，可选用0.2%溶液或1%凝胶局部涂布，冲洗或含漱，也可与制霉菌素配伍成软膏或霜剂，其中亦可参加适量去炎舒松，以治疗口角炎、托牙性口炎等〔可将霜剂涂于基托组织面戴入口中〕。以洗必泰液与碳酸氢钠液交替漱洗，可消除白色念珠菌的协同致病菌——革兰氏阴性菌。

2. 抗真菌药物治疗

〔1〕 制霉菌素〔mycostatin〕：本药属四烯类抗生素，1mg相当于2000U，

宜于低温存放。不易被肠道吸收，故多用于治疗皮肤、粘膜以及消化道的白色念珠菌感染。局部可用 5万~10万 U/ml 的水混悬液涂布，每 2~3小时一次，涂布后可咽下。也可用含漱剂漱口，或制成含片、乳剂等。儿童〔 1~2岁〕口服 10万 U/次，每日 3次；成人口服 50万~100万 U/次，每日 3次。本药的抑菌作用，可能是通过破坏细胞膜释放钾，从而引起细胞内糖原分解中止而失去活力。口服副作用极小，偶尔有引起恶心、腹泻或食欲减退者。疗程 7~10日。

〔2〕咪康唑〔 miconazole 〕：本药为人工合成的广谱抗真菌药，局部使用的硝酸咪康唑的国内商品名达克宁。除抗真菌外，本药尚具有抗革兰氏阳性细菌的作用。散剂可用于口腔粘膜，霜剂适用于舌炎及口角炎，疗程一般为 10日。

〔3〕克霉唑〔 clotrimazole 〕：为合成广谱抗真菌剂，毒性较大，口服后吸收迅速，4~5小时血液中到达最高浓度，并可进入粘膜和唾液中。本药能影响麦角固醇的合成，从而使真菌细胞膜缺损，内容物溢出而导致真菌死亡。成人每日口服 3次，每次 0.5g，日剂量最多 3g。本药的副作用主要为肠道反响；长期使用可影响肝功能，引起白细胞减少，故目前多使用局部制剂。

〔4〕酮康唑〔 ketoconazole 〕：为国外 70年代后推荐使用的抗白色念珠菌新药，能抑制真菌细胞膜 DNA 和 RNA，疗效快，口服吸收 2小时后到达峰值，通过血循环到达病变区。剂量为每日一次口服 200mg，2~4周一疗程。并可与其它局部用的抗真菌药合用，效果更好。对于皮肤、消化道等口腔外真菌病也有明显疗效，目前在国外已代替二性霉素。本药不可与制酸药

或抗胆碱药同服，以免影响吸收。

3. 综合性治疗

对粘膜明显充血水肿、舌质红、口臭、尿黄、便秘等心火上炎或胃热夹湿见证者，可服用“口炎冲剂”〔见单纯疱疹一章〕。

除用抗真菌药物外，对身体衰弱，有免疫缺陷病或与之有关的全身疾病及慢性念珠菌感染的患者，常需辅以增强机体免疫力的综合治疗措施，如注射转移因子、胸腺素、脂多糖等，补充铁剂、维生素 A；以及屡次少量输血等。

口腔白色念珠菌病的治疗时间应适当延长，一般以14日为期，过早停药易致病损复发。而肥厚型〔增殖型〕的疗程应更长，有报道可达3~4个月，疗效不显著的白色念珠菌性白斑，应及早考虑手术切除。

4. 预防

防止产房穿插感染，分娩时应注意会阴、产道、接生人员双手及所有接生用具的消毒。

经常用温开水拭洗婴儿口腔，哺乳用具煮沸消毒，并应保持枯燥，产妇乳头在哺乳前，最好用1/5000盐酸洗必泰溶液清洗，再用冷开水拭净。

儿童在冬季宜防护口唇枯燥开裂，改正舔唇吮舌的不良习惯。

长期使用抗生素和免疫抑制剂的病人，或患慢性消耗性疾病的患者，均应警觉白色念珠菌感染的发生，特别要注意容易被忽略的深部〔内脏〕白色念珠菌并发症的发生。

【病因学】

25%~50%的安康人口腔、阴道、消化道可带有念珠菌，但不发病；而

非致病性念珠菌，在 *种条件下，可转化为致病性的，故有人称念珠状菌为条件致病菌。在幼儿雪口病、托牙性口炎、口角炎、念珠菌性白斑病和慢性粘膜皮肤念珠菌病患者中，白色念珠菌的检出率分别为 84%、69%、77%、84%和100%。

1.病原菌的毒性和类型 白色念珠菌为一卵圆形芽生酵母样菌，在培养基、组织中和分泌物中均能产生假菌丝，本菌为革兰氏阳性， $2\sim 3\mu\text{m}\times 4\sim 6\mu\text{m}$ ，延长的芽生细胞极似菌丝，故名假菌丝，假菌丝在结节处形成芽生孢子，有时在末端形成厚壁孢子，酵母菌属均不形成真菌丝。

念珠菌毒性的强弱，取决于毒性物质的代谢产物。在消化道或阴道内寄生的酵母型念珠菌并无致病性，而当它发育为菌丝型时，才有致病性。白色念珠菌的毒素具有相当于病毒的磷脂酶 -A 型的活性，以本菌的混悬液注入动物静脉中可致死。因此，病原菌的毒性和类型，与疾病力有密切关系。在安康带菌者中，唾液含菌量低于 200/ml，因此，一般镜检法不能直接查见涂片中的病原体。

白色念珠菌对口腔粘膜上皮有较强的粘附性，这是它致病作用的“立足点”，此种粘附性依靠上皮细胞外表的甘露糖甙蛋白局部，作为细胞的外表受体而发挥其粘附作用，因此，可破坏糖甙蛋白或相似构造物的都能抑制粘附的发生，这对探索新的治疗药物提供了一个途径。

2.宿主的防御功能 人类血清中含有一种抗真菌的成分〔血清因子〕，能抑制白色念珠菌生长，在新生儿〔1~3个月〕体内就存在，但较母体为低，6~12个月时可到达成人水平。故半岁前，特别是未满月的婴儿，最易罹患口腔粘膜念珠菌病。此外，人体内的中性粒细胞、单核细胞和嗜酸性粒细

胞，也有消化及杀灭白色念珠菌的功能。

3. 药物及其它因素对机体防御力的影响 皮质类固醇激素〔SH〕的滥用，常引起念珠菌感染，SH能减弱网织内皮系统的功能，减轻炎症反响，减少抗体形成；另一方面SH又能增加真菌活动能力，增强真菌的毒性，免疫抑制剂和抗代谢药物都有上述性能，因而造成了真菌繁殖扩散的条件。

广谱抗生素可造成菌群失调〔如口服四环素 20天以上，可有2%~3%的患者发生菌群失调〕，破坏人体消化道内细菌和真菌的平衡状态，能抑制有抗真菌作用的*些革兰氏阴性菌和能合成维生素B族的细菌的生长；维生素B族的缺乏，也可导致细胞氧化作用的辅酶受抑，使组织抵抗力降低，因而有利于真菌生长。

4. 宿主的全身性疾病 先天性免疫功能低下〔如胸腺萎缩〕、承受较大量*线照射、无 γ -球蛋白血症，以及影响免疫功能的网状内皮系统疾病如淋巴瘤、何杰金病、白血病等，都容易并发念珠菌病。血清铁代谢异常被认为是念珠菌病病因之一，这可能是缺铁而引起机体酶系统异常〔铁是细胞氧化复原过程的有关酶如过氧化酶、细胞色素的组成局部〕而造成免疫功能的缺陷。

内分泌功能低下，如甲状腺功能低下、爱狄森病、脑下垂体功能低下者，均易患念珠菌病。

糖尿病病人皮肤外表的pH值低下，含糖量较高，利于白色念珠菌的生长和侵袭。亦有人认为由于糖尿病病人表皮角化层的脂肪酸含量较低，抑制真菌的能力减弱所致。

严重的免疫缺陷病，常合并口腔念珠菌感染。

5.其它因素 环境因素和工作条件均与白色念珠菌发病有关，如在高温潮湿的条件下工作，易于发生皮肤念珠菌病。慢性局部刺激，如义齿、正牙器、过度吸烟等，均可成为白色念珠菌感染的因素。接触传染，也是致病的重要因素。在产院婴儿室中，病原菌可来源于产妇的阴道，使初生儿发生鹅口疮。由于产妇阴道的感染，20天内的新生儿发生皮肤念珠菌病的也最多。

【临床表现】

口腔念珠菌病按期主要病变部位可分为：念珠菌口炎、念珠菌唇炎与口角炎、慢性粘膜皮肤念珠菌病。

和白念珠菌感染有关的口腔疾病还有：扁平苔藓、毛舌和正中菱形舌炎。

1.念珠菌性口炎〔candidal stomatitis〕

〔1〕急性假膜型〔雪口病〕：急性假膜型念珠菌口炎，可发生于任何年龄的人，但以新生婴儿最多见，发生率为4%，又称新生儿鹅口疮或雪口病。

新生儿鹅口疮多在生后2~8日内发生，好发部位为颊、舌、软腭及唇，损害区粘膜充血，有散在的色白如雪的柔软小斑点，如帽针头大小，“初生口内白屑满舌上”〔“疡医大全”〕；不久即相互融合为白色或蓝白色丝绒状斑片，并可继续扩大蔓延，严重者扁桃体、咽部、牙龈、以致：“满口皆生白斑雪片，甚至咽间叠叠肿起”〔“外科正宗”〕。早期粘膜充血较明显，故呈鲜红色与雪白的比照。而陈旧的病损粘膜充血减退，白色斑片带淡黄色。斑片附着不十分严密，稍用力可擦掉，暴露红的粘膜糜烂面及轻度出

血。患儿烦躁不安、啼哭、哺乳困难，有时有轻度发热，全身反响一般较轻；但少数病例，可能蔓延到食管和支气管，引起念珠菌性食管炎或肺念珠菌病。少数病人还可并发幼儿泛发性皮肤念珠菌病、慢性粘膜皮肤念珠菌病。

〔2〕急性萎缩型：急性萎缩型念珠菌性口炎多见于成年人，常由于广谱抗生素长期应用而致，且大多数患者原患有消耗性疾病，如白血病、营养不良、内分泌紊乱、肿瘤化疗后等。*些皮肤病如系统性红斑狼疮、银屑病、天疱疮等，在大量应用青霉素、链霉素的过程中，也可发生念珠菌性口炎，因此，本型又被称为抗生素口炎。应当注意的是，这种成人急性念珠菌性口炎可有假膜，并伴有口角炎，但有时主要表现为粘膜充血糜烂及舌背乳头呈团块萎缩，周围舌苔增厚。患者常首先有味觉异常或味觉丧失，口腔枯燥，粘膜灼痛。

〔3〕慢性肥厚型：本型或称增殖型念珠菌口炎，可见于颊粘膜、舌背及腭部。由于菌丝深入到粘膜或皮肤的内部，引起角化不全、棘层肥厚、上皮增生、微脓肿形成以及固有层乳头的炎细胞浸润，而表层的假膜与上皮层附着严密，不易剥脱。组织学检查，可见到轻度到中度的上皮不典型增生，有人认为念珠菌性白斑病有高于 4%的恶变率，特别是高龄患者应提高警觉，争取早期活检，以明确诊断。〔参见口腔白斑一节〕

本型的颊粘膜病损，常对称地位于口角内侧三角区，呈结节状或颗粒状增生，或为固着严密的白色角质斑块，类似一般粘膜白斑。腭部病损可由托牙性口炎开展而来，粘膜呈乳头状增生；舌背病损，可表现为丝状乳头增殖，色灰黑，称为毛舌，因此毛舌也属于本型〔详见唇舌部疾病〕。

肥厚型念珠菌口炎，可作为慢性粘膜皮肤念珠菌疾病病症的一个组成局部，也可见于免疫不全症候群和内分泌功能低下的患者。

〔4〕慢性萎缩型：本型又称托牙性口炎，损害部位常在上颌义齿腭侧面接触之腭、龈粘膜，多见于女性患者〔有人统计女性戴上颌义齿者发病率为1/4，而男性为1/10〕。粘膜呈亮红色水肿，或黄白色的条索状或斑点状假膜。有90%患者的斑块或假膜中，可查见白色念珠菌。有念珠菌唇炎或口角炎的患者中80%有托牙性口炎，反之，本型病变常可单独发生，不一定都并发唇和口角的损害。

托牙性口炎还常与上腭的乳突增生同时发生，在考虑手术切除前，应先进展抗真菌治疗，可以明显地减轻增生的程度，缩小需要手术的范围。

托牙上附着的真菌是主要的致病原因，如常用2%洗必泰或制霉菌素清洗，可抑制真菌。有一种用硅橡胶制的弹性托牙基底似更容易滞留的吸附真菌，因而发生托牙性口炎的时机也更多。

下颌义齿引起的真菌性口炎甚少见，这可能是由于上颌义齿的负压吸附力大，唾液中的抗体从这个部位被排开，而基底面与粘膜接触既宽而严密，大量的致病真菌得以滞留的缘故。

2.念珠菌性唇炎〔candidal cheilitis〕本病为念珠菌感染引起的慢性唇炎，多发于老年〔50岁以上〕患者。一般发生于下唇，可同时有念珠菌口炎或口角炎。

Gansen 将本病分为两型，糜烂型者在下唇红唇中份长期存在鲜红色的糜烂面，周围有过角化现象，外表脱屑，因此极易与盘状红斑狼疮病混淆，亦类似光照性唇炎。颗粒型者表现为下唇肿胀，唇红皮肤交界处常有

散在突出的小颗粒，极类似腺性唇炎。因此，念珠菌唇炎应刮取糜烂部位边缘的鳞屑和小颗粒状组织，镜检真菌，如屡次发现芽生孢子和假菌丝，并经培养证明为白色念珠菌时，才能确诊。

3.念珠菌口角炎〔candidal angular cheilitis〕本病的特征是常为双侧罹患，口角区的皮肤与粘膜发生皲裂，邻近的皮肤与粘膜充血，皲裂处常有糜烂和渗出物，或结有薄痂，*口时疼痛或溢血。此种以湿白糜烂为特征的霉菌性口角炎，应与维生素 B2缺乏症或细菌口角炎区别，前者同时并发舌炎、唇炎、阴囊炎或外阴炎，后者多单发于一侧口角，细菌培养阳性〔以链球菌为主〕；而念珠菌口角炎多发生于儿童、身体衰弱病人和血液病患者。

年长病人的口角炎多与咬合垂直距离缩短有关，口角区皮肤发生塌陷呈沟槽状，导致唾液由口角溢入沟内，故常呈潮湿状态，有利于霉菌生长繁殖。有报道 150例戴义齿者，75例有口角炎，其发生原因除垂直距离缩短和*些全身因素外，与义齿的局部刺激，义齿性溃疡的感染也有密切关系。

儿童在寒准予枯燥的冬季，因口唇干裂继发的念珠菌感染的口角炎也较常见。

4.慢性粘膜皮肤念珠菌病〔chronic muco-derma candidiasis〕这是一组特殊类型的白色念珠菌感染性疾病，病变范围涉及口腔粘膜、皮肤及甲床。多从幼年时发病，病程数年至数十年，常伴有内分泌或免疫功能异常、细胞免疫功能低下，因此本组疾病实际上是一种综合征的表现。Lehner 将本组疾病分为下述几种病因类型：

〔1〕多发性内分泌病型：常在青春期前后发病，初期多表现为甲状旁腺功能低下或肾上腺皮质功能低下及慢性角膜-结膜炎，但念珠菌口炎可能

是本病最早的表征。

〔2〕 T 淋巴细胞缺陷病型：本病可见于高 γ -球蛋白血症和恶性淋巴瘤状肿瘤患者。

〔3〕 家庭性慢性粘膜皮肤念珠菌：本型可见于儿童，也可初发于 35 岁以后的成人〔迟发型〕，都与铁吸收、代谢异常有关，可能是由于缺铁时使白色念珠菌抑制因子减少，造成致病菌的繁殖和侵袭。

各类慢性粘膜皮肤念珠菌病，首先表现的病症，往往都是长期不愈或反复发作的鹅口疮和口角炎；继而在头面部和四肢发生红斑状脱屑皮疹、甲板增厚，也可发生秃发及前额部、鼻部的皮角样损害。